Rok LII. Kraków, dnia 9. sierpnia 1913. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V a) szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Dr Eugeniusz Borzęcki)

Wlewania śródżylne sinku złotowo-potasowego w przypadkach gruźlicy skóry.

Podał

Dr Ksawery Walter,
sekundaryusz oddziału.

Bruck i Glück[1]) ogłosili niedawno wyniki lecznicze w sprawach gruźliczych i kiłowych skóry — przy stosowaniu wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego (aurum-kalium cyanatum). Badania ich były jednem z ogniw w łańcuchu studyów chemoterapeutycznych, którym dał początek Ehrlich. Po licznych doświadczeniach wielu poprzedników, stosujących różne środki w chemoterapii gruźlicy, zwrócili się Bruck i Glück do sinku złotowo-potasowego, środka, podanego przez Kocha, a wypróbowanego przez Behringa, działającego wybitnie bakteryobójczo na prątki gruźlicze (znanego od dawna w lecznictwie gruźlicy i kiły). Wybrali oni do swych badań przypadki gruźlicy zewnętrznych powłok skórnych, jako najlepiej nadające się do śledzenia postępów leczniczych. Wypróbowawszy dokładnie działanie sinku złotowo-potasowego na zwierzętach, określiwszy dawki lecznicze i śmiertelne, stosowali środek ten w całym szeregu przypadków gruźlicy skóry i kiły i mieli wyniki dodatnie, zachęcające do dalszych badań. Stosowali bądźto samo wlewanie śródżylne rozczynu sinku złotowo-potasowego, bądźto w połączeniu ze wstrzykiwaniami podskórnemi starej tuberkuliny Kocha, a wyniki tego połączonego leczenia w przypadkach tocznia miały przewyższać wyniki leczenia samemi tylko wlewaniami śródżylnemi.

Zachęcony dobrymi wynikami tych autorów, zastosowałem wlewania śródżylne wyżej podanego środka u 5 chorych, dotkniętych toczniem twarzy z oddziału prym. Dr Borzęckiego, któremu tutaj składam podziękowanie. Trzy przypadki leczone były tylko wlewaniem śródżylnem, 2 natomiast równocześnie wstrzykiwaniami starej tuberkuliny Kocha. Do ogłoszenia spostrzeżeń tej niewielkiej liczby przypadków skłoniła mnie ta okoliczność, że chorzy byli dłuższy czas w obserwacyi (a niektóre przypadki obserwowano nawet przez czas $3^1/_2$-miesięczny po skończonem leczeniu), można więc z większem już prawdopodobieństwem wypowiedzieć zdanie o wartości leczniczej tej metody.

Bruck i Glück jako najniższą liczbę wlewań podają 12, robili ich jednak i po 20, co drugi lub trzeci dzień. Dawki ustalili następujące: u dzieci od 0·005—0·03, u dorosłych 0·03—0·05. Wyższych dawek nie radzą stosować, gdyż dawki takie mogłyby wywołać poważniejsze zaburzenia w ustroju.

Wlewania wykonywałem ściśle według wskazówek autorów. Z wodnego wyjałowionego rozczynu 1% sinku złotowo-potasowego odmierzałem odpowiednią dawkę i dawkę tę, zmieszaną z 50 cm³ 0·5% rozczynu soli kuchennej, wlewałem w żyłę środkową przedramienia. Używałem do tego przyrządu, podanego przez Arzta i Schramecka, a używanego na naszym oddziale do wlewań śródżylnych salwarsanu. Igły wybierałem jak najcieńsze, gdyż koniecznem było oszczędzanie ścian naczyń żylnych ze względu na częstość wlewań. Co do dawek, to stosowałem odmiennie, niż podali Bruck i Glück; u dzieci bowiem ponad 12 lat rozpoczynałem od 0·01—0·02 i już w trzeciem wlewaniu stosowałem dawkę 0·03, a w następnych już wyższe aż do 0·05. U dorosłych rozpoczynałem od dawki 0·03—0·04 i w trzeciem wlewaniu już przechodziłem do dawki 0·05 aż do 0·07 (ostatnie 6—8 wlewań). Kilkanaście ostatnich wlewań zastąpiłem wstrzykiwaniami śródżylnemi w ilości 10 cm³ rozczynu soli kuchennej przy pomocy zwykłej 10-gramowej strzykawki Pravatza, który to zabieg dawał się wykonać szybciej, a przez chorych również dobrze był znoszony. Co do liczby wlewań, to wykonywałem ich po 15, w jednym przypadku 18, wykonując je co drugi lub trzeci dzień. W przypadkach, w których leczenie to łączono z wstrzykiwaniami tuberkuliny — w 24 godzin po wstrzyknięciu, na szczycie odczynu miejscowego, wlewałem rozczyn sinku złotowo-potasowego.

Przypadki, leczone tylko wlewaniami sinku złotowo-potasowego:

1) I. P., l. 14. Lupus exulcerans faciei, nasi et femoris d. Sprawa trwa od lat 4. Czterokrotna operacya (excochleatio). Liczne blizny pooperacyjne; nacieki toczniowe miejscami rozpadłe, przedstawiające owrzodzenia płaskie, o brzegach nierównych, dnie pokrytem ziarniną atoniczną. W otoczeniu i w bliznach liczne typowe guzki. Wykonano 14 wlewań w 32 dniach; dawka najmniejsza 0·01, średnia

[1]) Münch. med. Wochschr. 1913. Nr 2.

0·05; ogółem 0·47 gr. Ciepłota średnia 37·4, po 2 ostatnich wlewaniach 38·4. Wynik po 44 dniach. Nacieki częściowo wessały się, — owrzodzenie pokryte w części naskórkiem. Jednakże w otoczeniu utrzymują się liczne guzki. Po 2 tygodniach obserwacyi nacieki poczęły rozpadać się. Zastosowano następnie leczenie maścią pyrogallusową.

2) W. S., l. 15. Lupus exulcerans nasi et regionis submentalis. Lymphomata colli. Wlewań 14 w 32 dniach; dawka najmniejsza 0·01, najwyższa 0·055, zwykle stosowana 0·05. Razem wstrzyknięto 0·47 gr. Ciepłota najwyższa po wlewaniach 37·2. Wynik: częściowe zabliźnienie owrzodzeń i częściowe wessanie nacieków toczniowych; po 2-tygodniowej obserwacyi stosowanie maści pyrogallusowej.

3) M. O., l. 20. Lupus nasi hypertrophicus. Wlewań 15 w 37 dniach, najmniejsza dawka 0·03, najwyższa 0·075. Razem 0·68. Ciepłota średnio 37·8, tylko po ostatniem wlewaniu 38·2. Po trzech ostatnich wlewaniach bole głowy, wymioty, dreszcze. Wynik: częściowe wessanie nacieków.

Drugą część doświadczeń stanowią 2 przypadki, w których łączono leczenie sinkiem złotowo-potasowym z wstrzykiwaniem starej tuberkuliny Kocha.

Bruck i Glück stosowali wstrzykiwania podskórne starej tuberkuliny Kocha w ilościach, wywołujących tylko odczyn miejscowy, a starali się unikać odczynu ogólnego. Na szczycie odczynu po 24 lub 48 godzinach, kiedy ognisko było żywo czerwone, silnie przekrwione — wlewali śródżylnie sinek złotowo-potasowy, spodziewając się, że środek ten, krążąc swobodnie w rozszerzonych naczyniach, będzie mógł dobitniej zadziałać na tkankę chorobową.

W 2 przypadkach, leczonych tą metodą, stosowałem dawki tuberkuliny od 0·0002 –0·0003 aż do 0·001. Odczynu ogolnego po pierwszych dawkach nie otrzymywałem, miejscowy natomiast odczyn mniej lub więcej wybitny. Po 24 godzinach, gdy ognisko było najsilniej przekrwione, stosowałem wlewanie śródżylne. Ale i wyniki tej metody nie były lepsze, ani nie zachęcają do dalszych doświadczeń.

4) K. M., l. 17. Lupus alae nasi sin. Sprawa trwa od lat 4; miejscami od środka zabliźnienie, na obwodzie w okolicy otworu nosowego małe owrzodzenie wielkości grochu, część wolna skrzydełka nosowego zniszczona. Wstrzykiwań podskórnych tuberkuliny zrobiono 6, dawka 0·0002—0·0008, wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego 15, dawka najwyższa 0·085, razem 0·86. Po 5. i 6. (ostatniem) wstrzyknięciu starej tuberkuliny w ilości 0·0008 bardzo gwałtowny odczyn ogólny; ciepłota 40°, silne bóle głowy, wymioty, osłabienie. Wlewanie jednak, wykonane po ustąpieniu gorączki w 48 godzin, nie wywołało żadnych objawów. Ze względu na ów silny odczyn po małych dawkach tuberkuliny musiano zaprzestać jej wstrzykiwań, a ograniczyć się tylko do wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego. Wynik: owrzodzenie częściowo pokryte naskórkiem, guzki i nacieki utrzymują się. Chorą obserwowano po ostatniem wlewaniu przez dwa miesiące, a gdy nacieki poczęły się powiększać i następowo rozpadać, zastosowano maść pyrogallusową.

5) I. Kr., l. 18. Lupus hypertrophicus nasi, labii oris sup. et pal. dur. Wstrzyknięć starej tuberkuliny 18 po 0·0005 do 0·001. tyleż wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego w średniej dawce 0·05, razem 0·85. Dwukrotnie wzniesienie ciepłoty do 38·3 — 16 wlewań nie dało wyższej ciepłoty ponad 37·1. Ogólnego odczynu po tuberkulinie nie było, tylko odczyn miejscowy. Wynik zupełnie ujemny. Nacieki wcale się nie wessały, owrzodzenie niezabliźnione, tak, że w tydzień po ostatniem wlewaniu wyskrobano ogniska.

Wlewanie śródżylne sinku złotowo potasowego znoszone były przez chorych dobrze, a ujemnych następstw ani zaburzeń ze strony nerek i przewodu pokarmowego nie można było zauważyć.

W jednym przypadku po zastosowaniu dawki 0·07 pojawiły się przemijające wymioty i bole głowy. Sam zabieg był zupełnie bezbolesny. Nacieków w tkance okołożylnej ani większych podbiegnięć krwawych na 90 wlewań nie stwierdzono ani razu, tak, że bez przeszkody można było wykonywać wlewania co drugi dzień. Ciepłota po wlewaniach sinku złotowo-potasowego nie podnosiła się prawie nigdy wyżej, jak tylko o kilka dziesiętnych. Natomiast w leczeniu, połączonem ze wstrzykiwaniami tuberkuliny, odczyn po tuberkulinie bywał nieraz bardzo wybitny. W jednym przypadku można było stwierdzić zgodnie z Bettmanem [2]), że odczyn po wstrzyknięciu małej dawki tuberkuliny (0·0008), poprzednio znoszonej zupełnie dobrze, był bardzo gwałtowny, ciepłota dochodziła do 40°, utrzymywała się około 2 dni, wahając się między 38·8 a 39·5, zjawiły się silne dreszcze, bóle głowy, osłabienie i t. d. Gdy po następnem wstrzyknięciu tuberkuliny znowu pojawił się tak silny odczyn, musiano zaniechać wstrzykiwań podskórnych tuberkuliny, a ograniczyć się tylko do wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego.

W drugim przypadku tak wlewania, jak i wstrzykiwania, znoszone były bez wybitnych odczynów: dwukrotnie tylko, po dwóch ostatnich wlewaniach (0·05 auri kalii cyanati) ciepłota podniosła się do 38·2°.

U wszystkich chorych zauważyć można było w 12—24, a nawet w 48 godzin po wlewaniu wybitny odczyn w tkance chorobowo zmienionej; ognisko stawało się silniej przekrwione, przybierając barwę sino-czerwoną. W żadnym przypadku nie można było zauważyć jakichś szkodliwych następstw dla ustroju. Owszem chorzy przybierali na wadze (do 10 kg.), ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych zwiększała się. Jednakże te korzystne wyniki należy przypisać lepszym warunkom odżywiania i higieny podczas pobytu w szpitalu, gdyż byli to ubodzy ludzie pracy, żyjący w wielkim niedostatku.

Wyniki lecznicze co do samego tocznia nie przedstawiały się w naszych przypadkach tak dodatnio, jak w przypadkach Brucka i Glücka. Nie da się zaprzeczyć, że już po drugiem lub trzeciem wlewaniu dawały się spostrzegać zmiany w tkance chorobowo zmienionej, jak np. barwa ognisk zmieniała się na więcej różową, nacieki toczniowe zmniejszały się, pojedyncze guzki ulegały wessaniu, owrzodzenia pokrywały się naskórkiem, chorzy dotknięci zmianami na błonie śluzowej nosa doznawali poprawy w oddychaniu. Poprawa ta jednak, postępująca z początku tak szybko, zwykle po 8. lub 10. wlewaniu zatrzymywała się, a sprawa gojenia dalej nie postępowała.

Dłuższa obserwacya chorych, jednomiesięczna, a nawet dwumiesięczna, przekonała nas, że zabliźnione owrzodzenia z powrotem rozpadały się, nacieki zwiększały się, słowem obraz tocznia wracał do poprzedniego stanu i następowo trzeba się było uciekać do zabiegów operacyjnych lub do stosowania maści pyrogallusowej.

Sam Bruck powiada: »Über eine etwa mögliche definitive Heilung können wir noch nichts aussagen«, a nasza

---

[2]) Münch. med. Wochenschr. 1913.

dłuższa obserwacya stwierdza, że o zupełnem wyleczeniu mowy być nie może.

Zważywszy na trudności zabiegów, a prawie zupełnie ujemne wyniki, sądzę, że metoda ta nie wzbogaci liczby środków leczniczych, stosowanych przy toczniu.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Steinbiss. **Doświadczalne pokarmowe stwardnienie tętnic** (arteriosclerosis alimentaris). (Virchow's Archiv. T. 212, Z. 1 i 2). Z doświadczeń, wykonanych na 77 królikach, dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Samorodnie powstające stwardnienie tętnic jest u królików nadzwyczaj rzadkie, jeżeli brać w rachubę tylko takie zwierzęta, które żywiono w sposób zwykły i których nie poddawano doświadczeniom, wpływającym szkodliwie na stan krwi lub wymianę materyi. 2) Zapomocą sposobów, mechanicznie wzmagających parcie w aorcie, ucisku tętnicy palcami, zawieszania za kończyny tylne, nie udaje się u zdrowych, zwyczajnie żywionych królików wywołać zmian w aorcie. 3) Przy sprawach zakaźnych, szczególnie septycznych, mogą w aorcie u królików powstać rozległe zmiany sklerotyczne. 4) Króliki można przyzwyczaić do żywienia się prawie wyłącznie białkiem zwierzęcem i w tych warunkach utrzymać do 3 miesięcy przy życiu. 5) Wskutek takiego żywienia następuje zawsze cukromocz, a w tętnicach rozwijają się zmiany takiesame, jak po wstrzykiwaniach adrenaliny; zmiany są tem większe, im dłużej trwało doświadczenie. 6) Niewielki dodatek strawy roślinnej do podawanego królikom białka zwierzęcego pozwala utrzymać je przy życiu bardzo długo. 7) W takich doświadczeniach obraz zmian w naczyniach różni się charakterystycznie od zmian po żywieniu wyłącznie białkiem zwierzęcem; mianowicie zmiany anatomiczne rozwijają się głównie w błonie wewnętrznej, mniej w błonie mięsnej i są histologicznie bardzo podobne do zmian błony wewnętrznej przy stwardnieniu tętnic u ludzi. C.

Steiner. **Fizyologia i patologia leworęczności.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 20). Ciekawe szczegóły w sprawie leworęczności podaje S. Chodzi tu nie o leworęczność nabytą, lecz właściwą, t. j. wrodzoną. Bardzo często bywa ona dziedziczną. Rozróżniamy różne stopnie leworęczności: dana osoba używa lewej ręki do pewnych tylko ruchów, lub używa jej przeważnie, albo też używa ręki prawej znów do pewnych ruchów (pisanie i t. p.). Badania ostatnich czasów wykazały tu różne ciekawe fakta. I tak Bell zwrócił uwagę, że istnieje też normalnie przewaga prawej kończyny dolnej, a Liepmann i Halleroorden zapomocą zdjęć fotograficznych wykazali to co do twarzy. Prawa połowa twarzy, nawet przy budowie najsymetryczniejszej, ma zawsze wyraz żywszy w porównaniu z lewą. U ludów dzikich leworęczność jest bardzo częstą (u kulturalnych około 5—10%). Przy odwrotnem ułożeniu trzew leworęczność nie występuje częściej, niż zwykle, czego spodziewaćby się należało, przyjmując, że z natury lewa półkula mózgu jest lepiej rozwinięta, niż prawa. U osób słabo rozwiniętych umysłowo bardzo często spotykamy leworęczność lub t. zw. ambidekstryę. Statystyki wykazały, że między jąkającymi się, głuchoniemymi, prawie w 25% spotyka się leworęczność, a znów u leworęcznych bardzo często występuje padaczka i większy jest wśród nich odsetek przestępców. S. jest też wielkim przeciwnikiem panującego obecnie w Ameryce i Anglii prądu, by dzieci kształcić na »oburęcznych«, względnie leworęcznych przeobrażać na praworęcznych. Nieraz u dzieci wywołuje to występowanie jąkania się i niepewność siebie. Leworęczność odgrywa wielką rolę w ubezpieczeniu od wypadków i uszkodzeni nieraz starają się to wyzyskać, zwłaszcza ci, którzy nauczyli się pewnych drobniejszych ruchów ręką lewą np. w swoim zawodzie. K.

Stäubli. **O porównawczych mierzeniach ciepłoty i ich klinicznej ocenie.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 19—20). W sprawie norm ciepłoty ciała ludzkiego istnieją pewne cechy, o których zawsze pamiętać należy. Znaną jest rzeczą, że ciepłota odbytnicy jest zwykle wyższa, niż pod pachą, a także różnice pod obu pachami mogą być nieraz znaczne. Po ruchu forsownym ciepłota w odbytnicy podnosić się może chwilowo do 38° i wyżej, gdy pod pachą pozostaje prawidłową. Podniesienie to trwa zwykle pół godziny. U osób gruźliczych to podniesienie się ciepłoty występuje nawet w początkach choroby i Penzoldt uznał je nawet za wczesny objaw gruźlicy. Prócz tego także podnoszenie się ciepłoty po ruchach spostrzegał S. u chorych na dychawicę, blednicę, choroby serca i żółtaczkę, a także przy zdrowieniu po ciężkich chorobach. Pamiętać należy o tem, by nie wysnuć nieraz z mierzenia ciepłoty fałszywych wniosków, np. gdy chory przyjdzie zmęczony do lekarza i ma przy przypadkowem mierzeniu w odbytnicy (np. dziecko) wyższą ciepłotę, choć pod pachą jest ciepłota prawidłowa. Mierzyć też ciepłotę w odbytnicy należy dopiero w godzinę po forsowniejszych ruchach. Przy rzeczywistej gorączce, po godzinie, różnica pod pachą i w odbytnicy nie będzie przekraczać jednego stopnia, a pod pachą będzie powyżej 37. Takie wzniesienia się ciepłoty po ruchu budzić powinny zawsze podejrzenie co do gruźlicy. K.

Neurologia.

Gregor i Gorn. **Znaczenie psychopatologiczne i kliniczne objawu psychogalwanicznego** (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913 r. XVI, 1—2). Autorowie badali zjawiska psychogalwaniczne w 97 przypadkach u chorych umysłowych [1]). Co do poszczególnych grup chorobowych, wyniki były następujące:

1. Katatonia. Obniżenie zjawiska psychogalwanicznego szło równolegle z zahamowaniem psychicznem, lecz nie stało w stosunku bezpośrednim do zachowania się pod względem ruchowym. Z rozluźnieniem zahamowania katatonicznego w przypadkach łagodnych występowała zmiana krzywej spoczynkowej i zwiększenie się odczynu. Ciężkie postępujące przypadki katatonii cechowały się brakiem odczynu psychogalwanicznego. W przypadkach daleko posuniętych, z wyraźnie zaznaczonem obniżeniem strony uczuciowej, był stały brak odczynu psychogalwanicznego. Podczas przemijających stanów osłupienia (stupor) w przebiegu katatonii odczyn był prawidłowy.

2. Hebefrenia. W lekkich przypadkach tego cierpienia odczyn psychogalwaniczny polepszał się wraz z polepszeniem stanu ogólnego. W przypadkach daleko posuniętych z upośledzeniem strony uczuciowej spostrzegano brak odczynu psychogalwanicznego. W przypadkach ostrych odczyn był zmienny, odpowiednio do zmieniających się stanów świadomości, przeważał jednak odczyn na podniety bólowe. W stanach podnieceń o charakterze hypomaniakalnym spostrzegano wyraźny brak odczynu.

3. W przypadkach wrodzonego upośledzenia władz umysłowych daleko posuniętych (idiotismus, imbecillitas) odczyn psychogalwaniczny był wielkości prawidłowej. W przypadkach niezbyt daleko posuniętych odczyn psychogalwaniczny odpowiadał nagół prawidłowemu, lecz był przedłużony.

4. Przy padaczce w przypadkach, połączonych z otępieniem uczuciowem (gemütsstumpfe Individuen) od-

[1]) Jako podniety używano podrażnień czuciowych, bólowych, dźwiękowych i słuchowych; również badano zachowanie się krzywej psychogalwanicznej podczas wykonywania przez osoby badane rachunków.

czyn psychogalwaniczny był bardzo mały, ewentualnie nie występował wcale. Naogół jednak, u osobników bez zaburzeń strony uczuciowej, odczyn był zbliżony do prawidłowego.

5. W porażeniu postępującem stwierdzono wyraźną zależność odczynu psychogalwanicznego od strony uczuciowej (gemüthliche Funktionen). W przypadkach z daleko posuniętem upośledzeniem czynności uczuciowych spostrzegano brak odczynu psychogalwanicznego i swoistą krzywą spoczynkową. Odczyn prawidłowy spostrzegano tylko podczas okresów polepszeń w chorobie i w jednym przypadku porażenia postępującego wieku młodzieńczego, gdzie jeszcze była zachowana żywość uczuciowa. Podczas podnieceń o charakterze hypomaniakalnym odczyn psychogalwaniczny nie występował.

6. W przypadkach psychozy maniakalno-depresyjnej spostrzegano na szczycie zahamowania, cechującego się brakiem wszelkich wzruszeń, krzywą spoczynkową zupełnie prostą, poziomą, odczynu psychogalwanicznego albo wcale nie było, albo bardzo upośledzony. Z polepszeniem stanu ogólnego odczyn powoli wracał do stanu prawidłowego; czasem zmiany ku prawidłowej krzywej psychogalwanicznej poprzedzały polepszenie w obrazie klinicznym. Krzywa psychogalwaniczna w przypadkach lekkich była inną, w porównaniu z przypadkami ciężkimi. We wszystkich okresach hypomaniakalnych zawsze znajdowano wyraźny odczyn psychogalwaniczny.

7. W psychastenii na szczycie wyczerpania psychicznego stwierdzano silne obniżenie zdolności oddziaływania; z początkiem polepszenia stanu ogólnego odczyn wracał do stanu prawidłowego.

8. W wieku starczym (bez zaburzeń psychicznych) i w otępieniu starczem bez upośledzenia strony uczuciowej występował prawidłowy odczyn psychogalwaniczny; w przypadkach z zaburzeniami ze strony uczuć odczyn był upośledzony albo nie występował wcale.

Z badań autorów widzimy przeto, że odczyn psychogalwaniczny był upośledzony przedewszystkiem w tych przypadkach, w których występowały zaburzenia ze strony uczuć; upośledzenie intelektu nie wywierało znaczniejszego wpływu na zachowywanie się lub występowanie tego odczynu: u idyotów w przypadkach daleko posuniętych odczyn psychogalwaniczny był prawidłowy. Tę zależność odczynu psychogalwanicznego od strony życia uczuciowej stwierdzono na wszystkich postaciach chorobowych.

Wiktor Grzywo-Dąbrowski (Kochanówka).

Wegener. **Zastosowanie serodyagnostyki według Abderhaldena w psychiatryi** (Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr 22). Nim streszczę artykuł Wegenera, w krótkości powiem o zastosowaniu odczynu seradyagnostycznego Abderhaldena do psychiatryi, wprowadzonego po raz pierwszy przez Panzera w końcu roku 1912. Fauoer zauważył, że surowice osób, cierpiących na rozmaite postacie chorób umysłowych, rozszczepiają białko różnych narządów, dając w dyalizacie odczyn peptonu z ninhidryną, jak to widzimy w oryginalnym ciążowym odczynie Abderhaldena z białkiem łożyska. Według Fauoera, surowica krwi chorych na otępienie przedwczesne rozszczepia białko gruczołów płciowych: surowica kobiety — białko jajnika, a surowica mężczyzny — białko jądra; surowica chorych na kiłę mózgu lub porażenie postępujące — białko substancyi mózgowej; w niektórych przypadkach surowica chorych na otępienie przedwczesne rozszczepiała białko gruczołu tarczowego.

Otóż Wegener przeprowadził badania w tym samym kierunku nad 200 chorymi umysłowo w klinice psychiatrycznej Jenajskiej. Wyniki badań autora były naogół całkowicie zgodne z wynikami Panzera; w jego przypadkach także surowica chorych na otępienie przedwczesne rozszczepiała białko gruczołów płciowych (surowica kobieca, jajnik, surowica męzka — jądro), a w niektórych przypadkach, białko tarczycy. Surowica chorych na padaczkę w połączeniu z otępieniem miała zdolność rozszczepiania białka substancyi nerwowej, takąż samą własność miała surowica chorych na kiłę mózgu i porażenie postępujące; białka żadnych innych narządów surowica chorych na kiłę mózgu i porażenie postępujące nie rozszczepiała. W jednym przypadku zapalenia nerwu surowica tego chorego rozszczepiała białko tkanki mięśniowej, pozostając zupełnie nieczynną w stosunku do innych narządów. Surowica chorych na psychozę maniakalno-depresyjną nie rozszczepiała białka żadnego z narządów; ten fakt potwierdza przypuszczenie, że psychoza ta należy do psychoz czynnościowych, a praktycznie jest ważny w rozpoznaniu różniczkowem co do otępienia przedwczesnego.

Wiktor Grzywo-Dąbrowski (Kochanówka).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Celem wzmocnienia działania promieni Röntgena przez spożytkowanie promieni wtórnych, ma zamiar Pagenstecher używać napajania danej tkanki zawiesiną tlenku żelaza (ferrum oxydatum nigrum). (Münch. med. Woch. 1913, 24). K.

Rany ziarnkujące wystawia Bergeat na działanie prądu suchego powietrza, co znakomicie wysusza ranę i pobudza do gojenia. (Münch. med. Woch. 1913, 25). K.

Dawkowanie alypiny rozpatruje Impens, dochodząc do wniosku, że rozczyn 1%, a nawet 0,5% zupełnie wystarcza, zwłaszcza, jeśli się równocześnie wstrzykuje przetwory nadnercza. (Med. Klin. 1913, 4). B.

Zamiast gwoździ przy wyciągu podług Steinmanna zaleca Kulenkampff cienkie sztyfty z drutu, używanego na struny fortepianowe. (Ztbl. f. Chir. 1913, 24). K.

Do odżywiania chorych, cierpiących na raka przełyku, zaleca Krienitz cienki zgłębnik, wprowadzany na mandrynie, zaopatrzony na 5 cm. od końca w liczne otwory. (Deutsch. med. Woch. 1913, 25). K.

Naciek promieniczy na szyi wyleczyli w jednym przypadku Bittner i Thoman, wstrzykując pod naciek kilkakrotnie 25% jodypinę według sposobu Kreibicha, przy równoczesnem zastosowaniu podskórnem kakodylanu sodowego. (Prager med. Woch. 1913, 27). Mk.

Przy postrzałach stawów należy podług Schliepa przedewszystkiem stawy ustalać, ew. w gipsie, co nawet przy grożącem zakażeniu oddaje nieocenione usługi. Również zapobiegawcze leczenie zastoiną jest bardzo polecenia godne. (Tow. chir. Berlin III.). K.

Do szwu przy przepuklinach używa Golanitzki cienkich pasków, skręconych z worka przepuklinowego. Oddają mu one jeszcze lepsze usługi, niż katgut. (Ztbl. f. Chir. 1913, 23). K.

Bromural w dawce 0,6 u dorosłych, 0,3 u dzieci stosował Neuman przed zabiegami dentystycznymi u chorych wrażliwych. Po upływie 15—20 minut działał lek ten uspokajająco i lekko nasennie. (Deutsche zahnärztl. Wochens. 1913, 21). Kn.

Żylaki są u Japończyków, podług Miyanchiego, bardzo rzadkie, co autor odnosi do sposobu siedzenia mieszkańców, które wywołuje dobry odpływ krwi i usuwa ucisk na żyłę odgoleniową. (A. f. kl. Chir. 100. IV.). K.

Przy zgorzeli stopy oznacza Sandrock granicę zdrowych tkanek przez wcieranie w skórę eteru z alkoholem

Skóra zdrowa przytem czerwienieje, a chora pozostaje bladą. (Zblt. f. Chir. 1913. 27). K.

Do leczenia chorób skórnych, zwłaszcza świerzbu, wyprysku i liszaja strzygącego, zaleca Missikow ksylol. (Therap. Obozr. 1913. 4). K.

W zwalczaniu atonicznych krwotoków poporodowych uważa Credé-Hörder podskórne wstrzykiwania hydrastyniny za nader skuteczne. (Mediz. Reform. 1913, 11). Również korzystnie ocenia hydrastyninę, podawaną wewnętrznie, doc. Ziegenspeck. (Med. Klinik, 1912, 43). Br.

Sajodynę żelazową (Eisen-Sajodin) podawał Dierbach w zołzach i doszedł do wniosku, że działa ona lepiej od Syr. ferri jodati, a nie ma jego stron ujemnych. (Deutsche med. Woch. 1912, 35). Br,

Guajakozę stosował Rohardt w sanatoryum leśnem w Schönholz z wynikiem tak pomyślnym, że poleca ten lek jako środek pomocniczy w walce przeciw gruźlicy. (Med. Klinik, 1913, 8). Br.

Elarson, sól strontową kwasu chlorarsenobehenolowego (jednego z wysokowartościowych kwasów tłuszczowych), zawierającą około 13% arsenu i 6% chloru, wypróbowali doświadczalnie na zwierzętach i podawali ludziom zdrowym i przeszło 500 chorym w dawce 0,5 kilka razy dnia Fischer i Klemperer. Elarson działa podobnie do innych przetworów arsenu i ma też podobne wskazania; znoszony bywa dobrze. (Therapie der Gegenw. 1913, 1). Br.

Codeonal zjednywa sobie jako lek uśmierzający i nasenny coraz liczniejszych zwolenników. Do nich należy także Bönning (Berl. klin. Woch. 1913, 29), który jednakże zaznacza, że po jednej tabletce kodeonalu następuje wystarczający skutek tylko u kobiet, mężczyznom natomiast trzeba podawać po 2 tabletki na dawkę. Szereg doświadczeń na zwierzętach wykonał z kodeonalem Dietz. (Diss. Giessen 1913), stwierdzając, że w dawce 0,15 - 0,17 na kilogram wagi zwierzęcia wywołuje lek ten po 1—2 godzinach głęboki ośmiogodzinny, w dawce 0,18—0·2 na kilogram czternastogodzinny sen. Po obudzeniu się zwierząt, zauważył D. po dawkach większych przelotne niedowłady. Kn.

Paracodin, związek pokrewny kodeinie, podawał Dahl przeszło 50 chorym po 0,025 - 0,03 na dawkę celem uśmierzenia kaszlu w cierpieniach dróg oddechowych, ze skutkiem wogóle dobrym, a bez działania ubocznego. Oczywiście nie wpływa parakodyna na ilość plwociny, ani na samą główną sprawę chorobową. Przyzwyczajania się do parakodyny D. nie stwierdził. Parakodyna okazała się skuteczną w kilku przypadkach, w których kodeina i morfina działały słabo. (Deutsche med. Woch. 1913. 27). Kn.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16. IV. 1913

Przewodniczy zastępca prezesa Prof. Dr Nowotny. Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członka zwyczajnego Towarzystwa przyjęto kol. Dra J. Czyrniańskiego.

3) Na wniosek Zarządu uchwalono jednogłośnie bez dyskusyi następującą rezolucyę w sprawie kliniki, szpitala dla dzieci i oddziału zakaźnego: »Krakowskie Towarzystwo lekarskie poczuwa się do obowiązku zwrócenia uwagi miarodajnych czynników na grożące miastu niebezpieczeństwo zniesienia kliniki i szpitala dla dzieci, oraz zmniejszenia i tak już niedostatecznej ilości łóżek dla chorych zakaźnych i uprasza Wydział krajowy, Koło polskie, Ministerstwo dla Galicyi i c. k. Namiestnictwo, aby temu grożącemu niebezpieczeństwu zapobiegły. Wydział Towarzystwa zakomunikuje wymienionym czynnikom uchwaloną rezolucyę«.

4) Kol. prof. Dr Lewkowicz: **O zaburzeniach odżywiania u niemowląt** (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 23. IV. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, później zastępca prezesa Prof. Dr Nowotny. Obecnych członków 44.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Franciszek Walter przedstawia przypadek z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryusza Borzęckiego, dotyczący chłopca 12-letniego, dotkniętego **granulosis rubra nasi** (Jadassohn). Na skórze nosa ognisko kształtu trójkąta, barwy szarawo-czerwonej, w którem można wyróżnić liczne małe czerwone guzki, wielkości główki od szpilki, znikające przy ucisku. Ognisko to pokrywa się od czasu do czasu kroplami potu w postaci drobnych perełek. Sprawa ta trwa od wczesnego dzieciństwa. Siostra starsza chłopca dotknięta jest również podobnem cierpieniem. Chodzi tu o naciek zapalny, usadowiony w częściach końcowych ujść przewodów potowych. Cierpienie to zdarza się tylko u osób młodych, zwłaszcza dzieci, często występuje u poszczególnych członków rodziny. Nie leczone ustępuje samo z wiekiem. Co do leczenia, skuteczne okazały się tylko naświetlania promieniami Röntgena.

W dyskusyi prym. Borzęcki podnosi rzadkość omówionego cierpienia. Jestto pierwszy przypadek, jaki miał sposobność spostrzegać.

3) Kol. Blassberg: **O fosfaturyi**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: a) Kol. doc. Seńkowski rozpatruje problem fosfaturyi z punktu widzenia chemicznego; tłomaczy powstawanie i oddziaływanie różnych soli fosforanowych, jakoteż omawia wpływ kwaśności moczu na powstawanie fosforanów. Zwracając następnie uwagę na ważność racyonalnego leczenia fosfaturyi, omawia je i motywuje odpowiednio.

b) Kol. Edelmann (jako gość) podnosi, że zdaniem jego często powodem fosfaturyi przy pracy umysłowej jest nerwica wydzielnicza nerek; uzasadnia on to swoje zapatrywanie przykładami ze swojej praktyki i nadmienia, że stosując urotropinę otrzymywał dobre wyniki.

c) Kol. Borzęcki zaznacza, że pojawiania się fosfaturyi w przebiegu wiewióra na podstawie swoich spostrzeżeń nie może potwierdzić. Nasuwa się natomiast przypuszczenie, że prawdopodobnie ci z klinicystów, którzy zauważyli występowanie fosfaturyi częstsze u chorych na wiewióra, skazywali ich na dyetę przeważnie mleczną. U osób dotkniętych neurastenią (neurasthenia sexualis), której punktem wyjścia są zmiany mniej lub więcej posunięte w tylnym odcinku cewki lub w gruczole krokowym, stwierdza się bezwątpienia częściej fosfaturyę, którą jednak trzeba uważać za jeden z objawów, spotykanych wogóle przy neurastenii, a nie za wynik miejscowego schorzenia.

d) W odpowiedzi kol. Blassberg twierdzi, że fosfaturya spostrzegana przy pracy umysłowej jest zjawiskiem częstem, ale nie można jej odnosić do nerwicy nerek. Leczenie urotropiną jako środkiem moczopędnym przynieść może wprawdzie polepszenie, nie jest jednak leczeniem zasadniczem przyczyny choroby. Zdaniem mowcy dyeta w wiewiórze bezsprzecznie odgrywa ważną rolę w powstawaniu fosfaturyi; nie da się jednak zaprzeczyć, że sam wiewiór, jako taki, fosfaturyę wywoływać może.

Posiedzenie z dnia 30. IV. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes zawiadamia, że na zwyczajnego członka Towarzystwa przyjęto kol. Momidłowskiego i że Towarzystwo dostało zaproszenie do wzięcia udziału w »Obchodzie 3. Maja« i w »Wystawie balneologicznej w Kijowie«.

3) Na »Dar narodowy 3. Maja« zebrano na rzecz Tow. szkoły ludowej 29 kor. 50 h.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadek z oddziału chirurgicznego prof. Rutkowskiego. B. J. l. 50, rolnik. Chory cierpi od 3 tygodni na częste oddawanie moczu. Mocz oddziaływa zasadowo; w osadzie duża ilość ropy. Badanie narządów wewnętrznych nic szczególnego nie stwierdza. Cystoskopia: błona śluzowa silnie, równomiernie nastrzykana; obrysy drobniejszych naczyń tętniczych zatarte; silne beleczkowanie; pomiędzy beleczkami dużo drobnych uchyłków; na bocznej lewej ścianie pęcherza otwór wielkości srebrnego guldena, po przejściu którego cystoskop dostaje się do dużej przestrzeni, o gładkich, jasnych ścianach; beleczkowania tutaj nie widać, a naczynia krwionośne mają zatarte obrysy. Położenia ujść moczowodów nie stwierdzono, gdyż leżą prawdopodobnie w uchyłkach. Rozpoznano: **diverticulum vesicae, cystitis**. Z cięcia nadłonowego wypreparowano cały uchyłek, który leżał na tylnej ścianie pęcherza, odcięto go, a w otwór w pęcherzu, powstały przez odcięcie uchyłka, wszyto lewy moczowód, który wchodził do uchyłka. Badanie drobnowidowe ściany uchyłka wykazuje brak prawie zupełny nabłonka powierzchniowego. Błona śluzowa jest wyraźnie obrzękła, nierównomiernie drobnokomórkowo naciekła. Warstwa mięsna zachowana. Wśród niej miejscami dają się jeszcze wyróżnić jej trzy zwykłe pokłady. Cały ten obraz przemawia za uchyłkiem pęcherza prawdziwym. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Po czterech tygodniach stwierdzono cystoskopem, że moczowód lewy, wrośnięty do pęcherza, działa prawidłowo.

5) Kol. Rosenhauch przedstawia w zastępstwie radcy dw. Prof. Wicherkiewicza dwa przypadki:

a) Chorą ze zmianą wrodzoną: **Coloboma iridis, corporis ciliaris, chorioideae, lentis, membrana pupill. perseverans ocul. dextri. Microphthalmus congen., cystis palpebr. infer. ocul. sinistri.** R. zwraca uwagę na rzadkość przypadku. Z torbieli wydobyto przed kilku dniami płyn jasno-żółtawy, przeźroczysty, w ilości 4 cm^3, a badanie tegoż wykazało znaczną ilość białka (Prof. Marchlewski). Mowca wspomina o podobnym przypadku, ogłoszonym przez prof. Wicherkiewicza, gdzie torbiel była obustronną, a płyn z niej wydobyty był barwy ciemnej o zapachu karmelu; badanie (prof. Marchlewski) wykryło w nim barwik, pochodny od barwika krwi.

b) Następnie przedstawia kol. R. chorą, operowaną przed 14 laty z powodu zaćmy wrodzonej, u której teraz wystąpiły objawy **jaskry**, połączone z upośledzeniem bystrości wzrokowej. Irydektomia dobrzeżna okazała się bezskuteczną. Dopiero **sklerotomia krzyżowa**, sposobem Wicherkiewicza wykonana doprowadziła do pożądanego wyniku. Objawy jaskry ustąpiły, a wzrok się poprawił.

6) Kol. Skórczewski: **O wpływie leczenia radem na przemianę materyi**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiali kol. prof. Klecki i Dr Skórczewski.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 7. V. 1913.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonnenberg.

1) Kol. M. Cohn pokazał kobietę **z pochwą niedokształconą.** Macicy i jajników wyczuć nie można.

2) Kol. Goldberg pokazał przypadek wola torbielowego u dziewczyny, u której naprzód wyłuszczył jeden płat, potem drugi. Tenże pokazał chłopca, u którego odpadł koniec prącia po przewiązaniu sznurkami przez towarzysza zabaw.

3) Kol. Perlis przedstawił 30 letniego robotnika, który zgłosił się był jako chory od 3 dni. Początek choroby gwałtowny, przypominający napad zapalenia wyrostka robaczkowego. W przeciągu $1^1/_2$ roku napadów było cztery o różnem natężeniu, lecz słabszych od obecnego. Żółtaczki nigdy nie było. Przy objawach rozlanego zapalenia otrzewnej laparotomia; wyrostek nie zmieniony. W jamie brzusznej bardzo dużo żółci, która pokrywa jelita cienką warstwą, w jamie Douglasa wielka ilość mętnej żółci. Z pod prawego łuku żebrowego żółć leje się strumieniem. Przedłużenie cięcia ku górze. W głębi pod pęcherzykiem żółciowym, małym i mocno zrośniętym, z otworu w przewodzie pęcherzykowym wypływa obficie żółć. Otwór ten na przejściu pęcherzyka w przewód jest owrzodzeniem ściany przewodu, z nekrotycznymi brzegami, przykrytymi sadłowatym nalotem, wielkości srebrnej 10-groszowej monety. W otworze sterczy kamień o nierównej, zazębionej powierzchni, wielkości fasoli. Bardzo ciężki stan chorego (sinica, tętno ledwie wyczuwalne) nie pozwala na zabieg doszczętny, wskutek czego wykonano **cholecystostomię** i przez otwór w pęcherzyku wydobyto jeden duży i trzy drobne kamyki. Na owrzodzenie w przewodzie przyłożono sieć, którą umocowano kilkoma szwami. Tampon i sączek do pęcherzyka. Częściowy szew ściany brzusznej. Sączek do jamy Douglasa po usunięciu wyrostka. Przebieg pooperacyjny początkowo dość burzliwy wskutek ostrego nieżytu oskrzeli. Czwartego dnia chory usunął poprzez opatrunek sączek z pęcherzyka. Siódmego dnia wskutek gwałtownego napadu kaszlu rozejście się szwów i wypadnięcie jelit. Relaparotomia. Szew. Odtąd przebieg pomyślny, wypływ żółci szybko się zmiejsza, po 3 dniach chory wstaje, po 6 dniach opuścił szpital z wygojoną raną. **Przedziurawienie przewodu pęcherzykowego przez kamień** z następczem zapaleniem otrzewnej zdarza się dość rzadko. Riedel na 695 przypadków kamieni w przewodach żółciowych spostrzegał zniszczenie przewodu pęcherzykowego przez kamień częściowe lub całkowite tylko 18 razy.

4) Kol. Goldman przedstawił mężczyznę **z tłuszczako-włókniakami** (fibro- lipomata multiplicia).

5) Kol. Tenenbaum pokazał chłopca, u którego rozpoznał **chorobę Addisona** w okresie początkowym.

6) Kol. Brabander przeczytał rzecz p. t.: **O wyciągu przysadki mózgowej, jego charakterystyce farmakologicznej i fizyologicznej, wartości klinicznej i naukowej w położnictwie.**

Treść odczytu: Przysadka mózgowa składa się z 2 części, przedniej gruczołowej, pod względem fizyologicznym obojętnej, i tylnej (neurohypophysis), której wyciągi wodne wywierają wpływ potężny na ustrój zwierzęcy, mianowicie podnoszą ciśnienie krwi, działając na naczynia obwodowe, oraz bezpośrednio na serce, wzmagają wydzielanie moczu, pobudzają do kurczów mięśnie pęcherza moczowego, a najwybitniej działają na macicę, wywołując silne i miarowe skurcze. Działanie na macicę jest swoiste i daje się spostrzegać przy zastosowaniu dawek niewielkich, które na ciśnienie krwi oraz ogólną muskulaturę gładką wpływu nie wywierają. Doświadczenia laboratoryjne znalazły potwierdzenie w klinice położniczej. Pituitryna wyraźnie wzmaga i wzmacnia osłabione i pierwotnie atoniczne bóle podczas porodu już rozpoczętego, zwłaszcza w II okresie i przyspiesza rozwiązanie, a w niektórych, nielicznych coprawda przypadkach jest zdolna wywołać poród wtedy, kiedy jeszcze bólów nie było.

Na 1438 spostrzeżeń, zebranych przez prelegenta z literatury, przyspieszenie czynności porodowej po zastosowaniu pituitryny zauważono w 85% przypadkow. W 15 przypadkach, obserwowanych przez prelegenta, pituitryna dała 68·5% wyników bardzo efektownych, w pozostałych zaś przypadkach działała słabo, jakkolwiek skurcze macicy wy-

stępowały zawsze bezpośrednio po wstrzyknięciu przetworu. Bóle, wywołane przez pituitrynę, miały charakter fizyologiczny, niekiedy tylko były zbyt krótkie i bolesne. Szkodliwego wpływu na płód i rodzącą B. nie spostrzegał z wyjątkiem 2 przypadków niedowładu macicy po porodzie u pierwiastek, czego jednak nie można przypisać bezwarunkowo pituitrynie. Nawet u rodzących, dotkniętych zapaleniem nerek, groźne objawy ogólne po wstrzyknięciu pituitryny nie dały się zauważyć. Spostrzeżenia B. zgadzają się z zapatrywaniami większości ginekologów.

Mniejszość zaledwie spostrzegała po zastosowaniu wyciągu powikłania następujące: 1) bóle skurczowe, 2) tężec macicy, 3) zwolnienie tętna płodu i śmierć tegoż w następstwie bólów skurczowych, 4) śmierć niezależnie od charakteru bólów, 5) objawy zatrucia u rodzących, przypominające wstrząs anafilaktyczny. Spostrzeżenia te, jako odosobnione, nie mogą zachwiać ustalonego już poglądu, że pituitryna, jako środek wzmacniający bóle w czasie porodu rozpoczętego, ma niezaprzeczoną wyższość nad wszystkimi, dotychczas używanymi w tym celu środkami farmakologicznymi. Doświadczenia laboratoryjne i kliniczne z pituitryną mają bardzo doniosłe znaczenie naukowe. Stwierdzony przez Erdheima, Stummego i Koldego przerost przysadki mózgowej w czasie ciąży oraz potężny wpływ hormonu przysadki na macicę ciężarną zwierzęcia i człowieka skłaniają Kehrera do wypowiedzenia już dziś śmiałego przypuszczenia, że w zwiększonej wydzielinie wewnętrznej przysadki podczas ciąży musi się kryć dotychczas niewyjaśniona przyczyna pierwszych bólów porodowych.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: K. Brzozowski, Garlicka, Sonenberg i Sterling.

a) Kol. Brzozowski wbrew spostrzeżeniom Siewers-Schneidera, który po wstrzyknięciu pituitryny widział objawy anafilaktyczne i napady rzucawki, przytacza przypadek Anteckiego, który po 5 napadach drgawek porodowych zauważył uspokojenie się ich po wstrzyknięciu pituitryny. Chora urodziła po upływie 12 godzin i przez cały czas drgawki się nie powtarzały. Po porodzie rzucawka się ponowiła; po wstrzyknięciu powtórnem pituitryny napady się uspokoiły i już nie powracały.

b) Kol. Garlicka, omawiając jeden z przypadków, opisanych przez B., twierdzi wbrew temuż, że wynik wstrzyknięcia w danym razie uważać należy za dodatni, albowiem bóle wystąpiły, przyczyną zaś niepowodzenia był zaznaczony przez Br. niestosunek główki do miednicy.

c) Kol. Sonenberg zapytuje prelegenta, czy ciśnienie krwi przy stosowaniu wyciągu z przysadki mózgowej długo po wstrzyknięciu pozostaje wzmożonem, z hypertensyą bowiem naczyń, trwającą, jak naprzykład w przypadkach porodu, kilkanaście i więcej godzin, należałoby się liczyć.

d) Kol. Sterling zaznacza, że stosuje pituitrynę jako dodatek do rozczynu adrenaliny do mięśni już od roku z górą (przy dychawicy oskrzelowej). W każdym przypadku, w którym nie jest pewny sprawności mięśnia sercowego, na pół godziny przed zastosowaniem tej mieszaniny wstrzykuje do mięśni digipuratum solubile. Sądzi, że prawie wszystkie objawy uboczne, które prelegent przypisuje anafilaksyi, są objawami naczynioruchowymi, zależnymi od farmakologicznego działania stosowanego środka. Przeciw podobnym skutkom działania adrenaliny, w których przeważają objawy niedokrwistości mózgowia, najprędszą pomoc daje wąchanie amoniaku.

e) Kol. Brabander w odpowiedzi Brzozowskiemu zaznacza, że spostrzeżenie Anteckiego jest unikatem w literaturze i niczego nie dowodzi. W odpowiedzi Garlickiej: Przypadku, omawianego przez Garlicką, Br. nie zalicza ani do ujemnych, ani dodatnich i jak wyraźnie zaznaczył w przemówieniu swem, wyłączył go zupełnie przy obliczaniu statystyki. Do dodatnich pod względem klinicznym zaliczyć go niepodobna, gdyż niestosunek był bardzo umiarkowany, a bóle po pituitrynie były słabe i krótkotrwałe. Należy ściśle odróżniać wyniki pod względem klinicznym i fizyologicznym. Z tego drugiego stanowiska wynik wstrzyknięcia należy uważać za dodatni, gdyż po wprowadzeniu pituitryny do ustroju macica oddziaływała w postaci skurczów, słabych wprawdzie, ale nie ulegających wątpliwości. W odpowiedzi Sonenbergowi zaznacza Br.: Jak pokazały doświadczenia na zwierzętach, tylko pierwsze wstrzyknięcie pituitryny podnosi ciśnienie krwi, a ponowne wstrzyknięcia albo na ciśnienie wpływu nie wywierają, albo, jeżeli wywierają, to po upływie dłuższego czasu, kiedy pierwsze wstrzyknięcie działać przestało. Macica zaś przeciwnie odpowiada w postaci skurczów na każde ponowne wprowadzenie wyciągu do ustroju zwierzęcego. Dodać należy, że dawki, stosowane przy porodzie, tak są obliczone, że działają tylko na mięśnie macicy, a na ciśnienie krwi, jako zbyt małe, żadnego wpływu nie wywierają.

7) Kol. Perlis pokazał: a) **Torbiel skórzastą** wielkości sporej pomarańczy, usuniętą w znieczuleniu miejscowem **z dna jamy ustnej** bez trudności u 73-letniej kobiety. Od roku torbiel nie mieściła się w jamie ustnej, sterczała na zewnątrz, pokrywając dolną wargę i podbródek. W leżącej pozycyi chora się dusi. Spożywać może tylko płyny, przechylając głowę na bok, mówi bardzo niewyraźnie. Przebieg i wynik bardzo pomyślny. Treść torbieli, wyłuszczonej w całości, składa się z miazgi rozpadowej i z włosów.— b) Resekowane jelito cienkie 8 cm. długości, wskutek zgorzeli w **uwięzłej przepuklinie udowej** u 50-letniej kobiety. Chora od 24 godzin, w domu forsowne próby odprowadzenia, wykonywane w przeciągu 4 godzin przez znachora. W worku przepuklinowym i w jamie brzusznej sporo krwistego płynu. Enteroanastomosis lateralis. Przebieg bardzo pomyślny; wyzdrowienie z prawidłową czynnością jelita.

W dyskusyi nad pokazami: a) Kol. Goldman przytacza również przypadek torbieli skórzastej dna jamy ustnej, usuniętej całkowicie w znieczuleniu miejscowem kilka dni temu. W przypadku tym stosowano uprzednio, lecz bez skutku, leczenie zachowawcze (nacięcie i sączkowanie), a raczej z tym skutkiem, że spowodowano trudność przy następnem wyłuszczeniu wskutek zrostów z otaczającemi tkankami zapalnego pochodzenia. Co do przypadku kol. Goldberga, kol. Goldman przestrzega przed niestosowaniem sączkowania po operacyi wola, jak to radzi kol. Goldberg. Ze względu na możliwość powikłań odstąpić od tej zasady można tylko w przypadkach wyłuszczania torbieli z gruczołu, co nie jest wycięciem wola. Zeszpecenie blizny po krótkotrwałem stosowaniu sączka jest prawie żadne. Ropienia sączki nie wywołują, o ile nie ma błędów aseptyki, a nieznaczna wydzielina, krótko trwająca po usunięciu sączka, jest jałowa. Koniecznym warunkiem stosowania sączka jest celowość jego ułożenia i odpowiednia forma. W przeciwnym razie sączek łatwo się zatyka i sprzyja powstawaniu krwotoków.

b) W dyskusyi nad przypadkiem kol. Cohna, kol. Brzozowski zaznaczył, że wyczuwa niedokształconą macicę.

Sonenberg.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W pierwszem półroczu bieżącego roku wpłynęły następujące dary na rzecz funduszów Towarzystwa i na wsparcia wdów i sierot po lekarzach: Profesorowa Gilewska (urodzona Schuh) z Wiednia na fundusz swojego imienia 500 kor., Prof. Dr Grzegorz Ziembicki w dniu swego jubileuszu na rzecz wdów i sierot 1000 kor. Dalej złożyli: Dr Sękiewicz 30 kor., Dr Kittner z Borszczowa 20 kor. Zamiast wieńca dla kolegi Sokala, Oddział czortkowski 125 kor., Dr Borowiec z Jazłowca 10 kor., Kuchciarz Maciej z Jazłowca 5 kor. Dr Niedzielski, Partyka i Hodoly I. razem 10 kor., Dr Ferensiewicz ze Zbaraża 6 k. Wreszcie Dr Hirschler zamiast życzeń noworocznych 5 kor. Razem otrzymało Towarzystwo lekarzy galicyjskich w tem półroczu 1711 koron.

Sąd obwodowy w Sączu zawiadomił prezydyum Towarzystwa lek. gal., że Dr Leopold Gawełkiewicz ze Starego Sącza zapisał testamentem z dnia 21. listopada 1911 r. kwotę 10.000 koron na wsparcia wdów i sierot po członkach Towarzystwa. Z rokiem 1914 będą tedy pobierać wdowy i sieroty wsparcia także z »funduszu Dra Leopolda Gawełkiewicza«. Według kwitu depozytowego Banku krajowego, złożonych jest obecnie w tymże 369.700 koron w papierach wartościowych, która to kwota stanowi fundusze na pensye i wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach.

Kraków. Akcya przeciwgruźlicza w Galicyi zyskała w ostatnich latach podporę przez krzewienie się instytucyi kolonii wakacyjnych nietylko dla młodzieży, ale i dla dorosłych. Krakowskie kolonie dla robotnic wysłały w tym roku 90 dziewcząt w okolice Wadowic. — Wśród kolonii dla młodzieży szkolnej powstał w r. b. poraz pierwszy nowy typ, kolonii harcerskiej (skautowej); jedną z nich urządzili skauci lwowscy, drugą »Sokół« sanocki, trzecia, w Skolem, była zarazem kursem skautingu.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Sława Sypniewska rodem z Waljewa w Serbii.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. VII. do 2. VIII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 2 † 1 (1 † —), odry 13 † 1 (2 † —), duru brzusznego 4 † 2 (3 † —), czerwonki 3.

Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lek.« (Nr 31) ogłasza następującą odezwę:

»Do kolegów wszystkich krajów, interesujących się literaturą lekarską! Częste narzekania na trudności i niewygody, wynikające z dotychczas praktykowanej i na przestarzałych sposobach opartej wymianie odbitek, na które narażeni bywają lekarze, naukowo pracujący, skłoniły nas do zorganizowania w d. 1. stycznia 1913 »Związku lekarskiego wymiany odbitek«. W przekonaniu, że tylko centralizacya będzie w stanie sprawę wymiany odbitek dla lekarzy wszystkich krajów skutecznie rozwiązać, a zarazem zapobiedz możliwym nadużyciom, powołaliśmy do życia »Centralę odbitek« w Berlinie, która swe urządzenia wymiany odbitek dla celów naukowych pragnie oddać na usługi wszystkich kolegów. Dążymy głównie do tego, aby lekarzy praktyków, klinicystów i badaczy, biorących udział w pracach, mających na celu postępy medycyny, uwolnić od trudności, które, chociaż w poszczególnych przypadkach ujawniają się tylko w drobnych niedogodnościach, w sumie jednak zabierają dużo czasu i zmniejszają przez to wydajność i chęć do pracy naukowej. Cele nasze zdołamy jednak tylko wtedy całkowicie osiągnąć, gdy najszersze koła lekarzy wezmą udział w naszych usiłowaniach. Wzywamy przeto wszystkich kolegów, interesujących się literaturą fachową, do licznego zapisywania się w poczet członków »Związku lekarskiego wymiany odbitek«.«

Pod odezwą podpisany jest jako kierownik »Centrali odbitek« dym. st. lekarz sztabowy Hermann Berger (Berlin, Friedenau, Krausstr. 12) oraz kilkunastu członków nowej instytucyi, wśród nich Dr Guranowski z Warszawy.

Dr Guranowski objął kierownictwo filii centrali berlińskiej dla wymiany odbitek z literatury polskiej. Do »Związku wymiany odbitek« zapisało się dotąd 23 lekarzy z Warszawy, pracujących piśmienniczo.

Wkładka roczna wynosi 10 marek. Za każdą wysłaną lub otrzymaną odbitkę płaci się prócz kosztów pocztowych 10 fenigów. Sprowadzając odbitki, trzeba prócz tytułu publikacyi podawać adres autora, tożsamo trzeba podawać adresy przy rozsyłaniu odbitek swoich prac. Nasuwa się pytanie, czy w tych warunkach będzie wymiana odbitek istotnie łatwiejszą od dotychczasowej.

Wilno. »Lekarz wileński« (Nr 7) donosi, że w Wilnie zaczął wychodzić dwumiesięcznik lekarski w języku litewskim pt. »Medicina ir Gamto« pod redakcyą Dr Matułajtisa. Pierwszy zeszyt zawiera artykuły oryginalne Dr Awiżonisa, Łowmiańskiego i Domaszewicza.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. VII. do 28. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 8 † 2, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 2.

Dr Treukner.

Z różnych stron. Sensacyą w swoim rodzaju jest proces popisowych izraelitów w Przemyślu. W ostatnich latach zauważyła wojskowość, iż przy poborze wojskowym z okręgu dobromilskiego liczni popisowi żydowscy mają uderzająco podobne wady, a mianowicie skrzywienie kręgosłupa, skośne ustawienie miednicy i rzekome skrócenie kończyny. Dodać tu trzeba, że popisowi po uwolnieniu wracali szybko do stanu prawidłowego.

K.

Zmarli: fizyolog prof. Gotch z Oxfordu w Kensington, laryngolog doc. Egidi w Rzymie, anatom doc. Lobello w Neapolu, farmakolog prof. Bourget w Lozannie.

Dr Józef Gostyński, dyrektor szpitala im. Bilińskich, b. radny miasta Lwowa, w 62 r. ż.

Redakcya otrzymała: Kaczyński: Über den Nachweis von Typhusbazillen im Wasser. (Odb. Zeitschr. f. Hyg. 1913). — Pawiński: O wpływie nadużycia w paleniu tytoniu na naczynia i serce. (Gaz. lek. 1913). — Bańkowski, Levaditi i Marie: 1) Présence du Tréponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux. 2) Présence constante du Tréponema dans le cerveau des paralytiques généraux morts en ictus. (Soc. de biologie 1913).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. VII. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu VIII. 3 Mk. 50 f., całego rocznika 16 Mk.

Sierpniowy zeszyt »kursów«, przeznaczony według programu na terapię ogólną, ma w tym roku treść bardzo urozmaiconą. Zawiera on dziesięć rozpraw, a mianowicie: 1) Prof. Heubner: Zasadnicze pojęcia farmakoterapii. 2) Prof. Glax: Woda morska i działanie jej przy stosowaniu zewnętrznem i wewnętrznem. 3) Prof. Strasser: Starość, a wodoleczenie. 4) Prof. Strauss: W sprawie leczenia ciężkich postaci cukrzycy. 5) Prof. Frankenhäuser: Minima barometryczne i cyklonoza. 7) Tenże: Leczenie prądem o wielkiej zmienności. Gimnastyka elektryczna. 7) Doc. Holzknecht: Rentgenologia. 8) Doc. Plesch: Bioradiologia. 9) Prof. Salzwedel: Pielęgnowanie chorych. 10) Berger: Uzupełniający przegląd roczny.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.
